

リードスペースメーカー術  
を受けられる

様へ ( ID: ) 担当医:

| 経過       | 入院日<br>(手術前日)                                                                                      | 手術当日                                                                              |                                                                                                       | 術後1日目                                                                                               | 退院日<br>(手術後2日目)                                                                       |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                                                                    | 手術前                                                                               | 手術後                                                                                                   |                                                                                                     |                                                                                       |
| 月/日      | ( / )                                                                                              | ( / )                                                                             |                                                                                                       | ( / )                                                                                               | ( / )                                                                                 |
| 達成目標     | 1. 不安なく治療が受けられる                                                                                    |                                                                                   | 2. 手術後安静を守れることができる<br>3. 合併症を起こさず回復できる                                                                | 4. 合併症を起こさず回復できる                                                                                    |                                                                                       |
| 治療<br>処置 | ●剃毛：付け根の手術部位<br>(足の付け根～太ももの毛を剃ります)                                                                 |                                                                                   | ●寝台で病棟に戻ります<br>●手術後は足の付け根をバンドで固定してきます<br>●弾性ストッキングを装着します<br>●左手首を圧迫した状態で戻ります                          | ●朝に足の付け根のバンドを医師が外します<br>●弾性ストッキングを外します<br>●退院前に医師が抜糸を行います。                                          | ●心電図モニターを外します                                                                         |
| 点滴       | ●右手に点滴の針を入れます                                                                                      | ●出棟時抗生剤（感染予防のため）の点滴を行います                                                          | ●帰室後抗生剤の点滴を行います                                                                                       | ●抗生剤の注射の点滴を行います(1日2回10時、22時)                                                                        |                                                                                       |
| 内服薬      | ●内服薬の確認：持参した薬、インスリンは一度お預かりします<br>●中止薬もありますので、入院中は看護師からお渡します                                        | ●朝6時に、朝分の内服薬を飲みます                                                                 |                                                                                                       | ●糖尿薬、インスリンがある方は再開になります                                                                              | ●内服薬の返却、院処方をお渡しします                                                                    |
| 検査       | ●医師の指示で採血・胸部レントゲン・心電図検査を行い、心電図モニターをつけます                                                            |  | ●手術後胸部レントゲン検査を行ってから病棟に戻ります<br>●病室に戻った後に心電図検査を行います                                                     | ●医師の指示で胸部レントゲン・心電図の検査があります                                                                          |                                                                                       |
| 食事       | ●21時から絶食となります<br> | ●手術前は食事をとることが出来ません                                                                | ●手術後すぐに飲水できますが、眠っている患者さんはむせてしまう事がありますのでお声がけください<br>●手術後は2時間後から食事摂取できます                                | ●食事の制限はありません                                                                                        |                                                                                       |
| 活動       | ●活動に制限はありませんが、階段は使用しないでください                                                                        | ●手術前に女性は病棟で排尿の管を入れます<br>●男性はカテーテル室で医師が排尿の管を入れます<br>●手術着に着替え、ベット上で安静にしてお待ちいただきます   | ●手術後は出血予防のため足の付け根をバンドで固定します<br>●手術後3時間は足を曲げることが出来ません。3時間後から起き上がりが可能となります。※医師の指示で翌日まで起き上がりが出来ない場合もあります | ●バンドをはずし出血がないことを確認します。その後トイレまでの歩行が可能となりますので動いても出血しないことを確認した後、排尿の管を抜きます<br>●トイレ以外はなるべくベット上で安静にいただきます |  |
| 清潔       |                                                                                                    | ●入浴はできませんので手術前にタオルで身体を拭きます                                                        |                                                                                                       | ●タオルで身体を拭きます                                                                                        | ●抜糸後一週間後から入浴可能です                                                                      |
| 説明       | ●手術同意書があるかご確認ください<br>●看護師から入院生活について説明があります                                                         | ●家族の方は病院に着き次第、看護師にお声がけください。医療ソーシャルワーカーからご家族へ説明があります(日程は調整可能です)                    |                                                                                                       | ●退院後の日常生活のパンフレット 説明を行います                                                                            | ●医師より退院の説明があります                                                                       |
| 備考       | ●準備物品の確認をさせていただきます(バスタオル1枚)                                                                        | ●義歯、貴金属は外してお待ちください                                                                |                   | ●ペースメーカーチェックがあります                                                                                   |                                                                                       |

入院期間については現時点で予想されるものです。

文書No.17421 (★75104) 原本：スキャン後患者控え

担当看護師：

患者・家族：